



DOI: 10.4274/kvbulten.galenos.2026.35744
Bull Cardiovasc Acad 2026;4(1):41-43

Sol Ventriküle Prolabe Olan Hareketli İntrakardiyak Kitle: Bir Olgu Sunumu

A Mobile Intracardiac Mass Prolapsing into the Left Ventricle: A Case Report

✉ Mehmet Uğur Çalışkan, ✉ Gökhan Keskin, ✉ Yılmaz Özbay

Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Amasya, Türkiye

Öz

Intrakardiyak kitleler nadir görülmekle birlikte, heterojen etiyojileri ve değişken klinik prezentasyonları nedeniyle tanısız ve terapötik açıdan zorluklar oluşturabilir. Bu olgu sunumunda, dispne ve çarpıntı şikayetleri ile başvuran, yeni başlangıçlı atriyal fibrilasyonu olan 77 yaşındaki erkek hastada saptanan büyük bir sol atriyal kitle sunulmaktadır. Transtorasik ekokardiyografide sol atriyumda 2,6×4,3 cm boyutlarında, hareketli ve hiperekoik bir kitle izlendi. Kitlenin mitral kapak hareketleri ile sistolde sol ventriküle doğru protrüde olduğu ve sol ventrikül dolumunu kısmen engellediği gözlemlendi. Önceki ekokardiyografik incelemelerde kitle saptanmamış olması, antikoagülan tedavi öyküsünün bulunmaması ve atriyal fibrilasyonun yeni başlangıçlı olması göz önüne alındığında, intrakardiyak trombus en olası tanı olarak değerlendirildi. Cerrahi müdahale önerilmesine rağmen hasta girişi reddetti. Bu nedenle hasta, oral antikoagülasyon tedavisi ve planlı seri ekokardiyografik izlem ile takip edildi. Bu olgu, intrakardiyak kitlelerin tanısız değerlendirilmesinde ekokardiyografinin merkezi rolünü ve seçilmiş hastalarda klinik ve görüntüleme bulgularına dayalı bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Atriyal fibrilasyon, ekokardiyografi, intrakardiyak kitle, trombus

Abstract

Intracardiac masses are rare but may pose significant diagnostic and therapeutic challenges because of their heterogeneous etiologies and variable clinical presentations. We report a case of a large left atrial mass detected in a 77-year-old male patient who presented with dyspnea and palpitations and was found to have newly diagnosed atrial fibrillation. Transthoracic echocardiography revealed a mobile, hyperechoic mass measuring 2.6×4.3 cm within the left atrium. The mass protruded toward the left ventricle during systole in association with mitral valve motion and partially obstructed left ventricular filling. Given the absence of the mass on previous echocardiographic examinations, the lack of prior anticoagulant therapy, and the recent onset of atrial fibrillation, an intracardiac thrombus was considered the most likely diagnosis. Although surgical intervention was recommended, the patient declined the procedure. Consequently, the patient was managed with oral anticoagulation therapy and scheduled serial echocardiographic follow-up. This case underscores the central role of echocardiography in the diagnostic evaluation of intracardiac masses and highlights the importance of an individualized treatment strategy based on integrated clinical and imaging findings in selected patients.

Keywords: Atrial fibrillation, echocardiography, intracardiac mass, thrombus



Yazar Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Mehmet Uğur Çalışkan, Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Amasya, Türkiye

E-posta: ugurkobian@gmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-8407-3909

Geliş Tarihi/Received: 03.01.2026 **Kabul Tarihi/Accepted:** 22.03.2026 **Yayınlanma Tarihi/Published Date:** 30.04.2026

Atf/Cite this article as: Çalışkan MU, Keskin G, Özbay Y. A mobile intracardiac mass prolapsing into the left ventricle: a case report. Bull Cardiovasc Acad. 2026;4(1):41-43



Copyright © 2026 Yazar(lar). Kardiyovasküler Akademi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makedir.

GİRİŞ

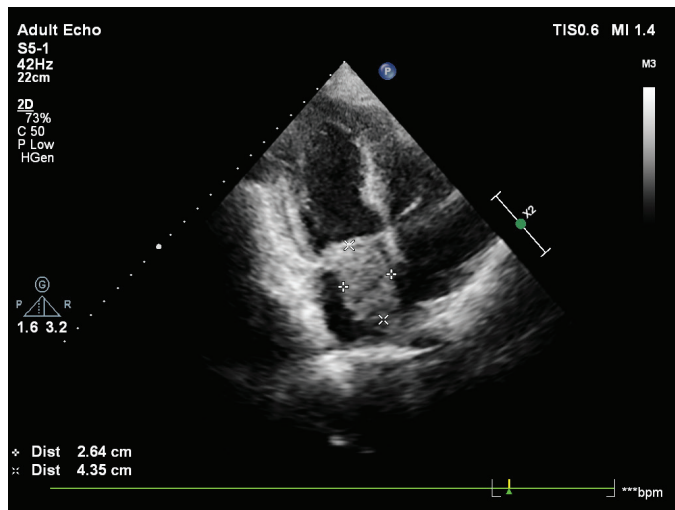
Intrakardiyak kitleler nadir görülen klinik durumlardır. Trombüs, primer kalp tümörleri ile metastatik hastalıklar dahil olmak üzere çeşitli etiyojilere bağlı olarak gelişebilir. Altta yatan nedenlerin heterojenliğine ek olarak, kalp kitlelerinin klinik prezentasyonu da oldukça değişkendir. Bazı kitleler ekokardiyografik değerlendirme sırasında tesadüfen saptanırken, bazıları ise dispne, ortopne, senkop veya ağır olgularda kalp tamponadı gibi geniş bir semptom yelpazesi ile ortaya çıkabilir (1,2).

Bu olgu sunumunda dispne şikayeti ile başvuran intrakardiyak kitlesi olan bir hastamızı sunuyoruz.

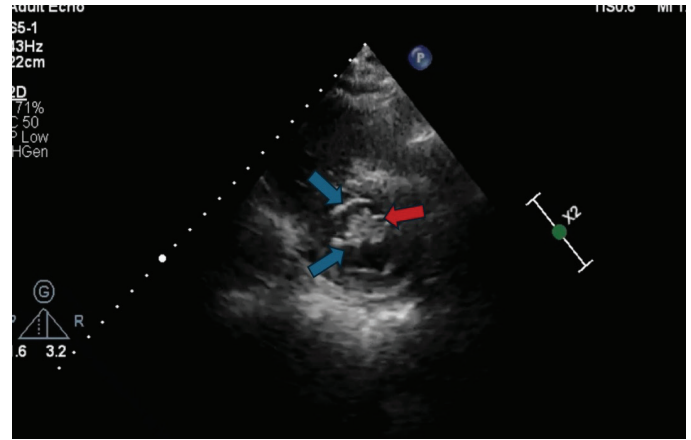
OLGU SUNUMU

Koroner arter hastalığı ve hipertansiyon öyküsü bulunan 77 yaşındaki erkek hasta, nefes darlığı ve çarpıntı şikayetleri ile kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Semptomlarının yaklaşık altı aydır devam ettiği, ancak son dönemde nefes darlığı ve ortopnenin belirgin şekilde arttığı öğrenildi. Elektrokardiyografik (EKG) değerlendirmede, 120 atım/dakika hızında atriyal fibrilasyon (AF) saptandı. Önceki tıbbi kayıtları incelendiğinde, 11 ay önce çekilen EKG'sinde sinüs ritminin mevcut olduğu görüldü.

Transtorasik ekokardiyografide (TTE), sol atriyum içerisinde 2,6×4,3 cm boyutlarında büyük, hareketli, hiperekoik kitle imajı izlendi (Şekil 1). Kitle mitral kapağın hemen altından sol atriyumun serbest duvarına doğru uzanım gösteriyordu. Sistolde mitral kapak hareketleriyle beraber kitlenin bir bölümünün sol ventriküle doğru protrüde olduğu görüldü (Şekil 2). Kitle, sol atriyumun önemli bir bölümünü kaplıyordu ve sol ventrikül dolumunu kısmen engelliyordu; ancak mitral kapak



Şekil 1. Ekokardiyografide apikal 4 boşluk incelemede 2,6×4,3 cm boyutlarında kitle izlenmekte



Şekil 2. Paraseternal kısa aks görüntülemde kitlenin mitral kapak açıklığından ventriküle doğru uzanan kısmı izlenmekte. Mavi oklar mitral kapak leafletleri; kırmızı ok kitlenin uzanım gösteren parçası

yaprakçıklarının hareketinde kısıtlanma, transmitral gradiyent artışı veya önemli mitral yetersizliği izlenmedi. Hastanın eski kayıtlarında 8 ay önce yapılan TTE'de kitle imajı izlenmediği görüldü. AF'nin yeni başlangıçlı olması, antikoagülan tedavi uygulanmaması ve kitlenin hızlı gelişimi göz önüne alındığında, intrakardiyak trombüs en olası tanı olarak değerlendirildi.

Hasta, başvuru sırasında günde bir kez 100 mg asetilsalisilik asit, günde bir kez 5 mg ramipril, günde bir kez 5 mg amlodipin ve günde bir kez 40 mg atorvastatin kullanmaktaydı. Asetilsalisilik asit tedavisi sonlandırıldı ve oral antikoagülasyon amacıyla warfarin sodyum başlandı. Uluslararası normalleştirilmiş oran yakından izlenerek optimize edildi ve 2,0-3,0 terapötik aralıkta tutuldu.

Hastanın semptomatik durumu, sistemik embolizasyon riski ve intrakardiyak kitlenin boyutu göz önüne alındığında, cerrahi müdahale önerildi. Ancak hasta cerrahi tedaviyi reddetti. Sonuç olarak, sürekli tıbbi tedavi planı ile yakın klinik takip altında taburcu edildi.

Hastadan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

TARTIŞMA

Ekokardiyografi, kalp kitlelerinin değerlendirilmesinde merkezi bir rol oynamaktadır. Kitlenin boyutu, lokalizasyonu, hareketliliği ve morfolojik özelliklerinin yanı sıra intrakardiyak kan akımı ile olan dinamik etkileşimi hakkında kapsamlı bilgiler sağlar. Kalp kitlelerine yönelik tanısal yaklaşım ve yönetimde, hastanın klinik öyküsü, fizik muayene bulguları ve ekokardiyografik verilerin birlikte ele alındığı entegre bir değerlendirme büyük önem taşımaktadır (3). Bununla birlikte, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi çoklu modalite görüntüleme yöntemleri, seçilmiş hastalarda

tanısal değerlendirmeye ek ve tamamlayıcı bilgiler sağlayabilir (4,5). Teknik sınırlamalar nedeniyle biyopsi rutin olarak önerilmese de, cerrahi müdahaleye aday hastalarda etiyolojik değerlendirme açısından patolojik inceleme altın standart olmaya devam etmektedir (2).

Sol atriyal kitlelerin ayırıcı tanısında, özellikle kalbin en sık benign tümörü olan miksuma ile trombüs ayrımının yapılması büyük önem taşımaktadır. Trombüs ile miksumanın ekokardiyografik ayrımında kitlenin saplı ve hareketli olması daha çok miksuma lehine değerlendirilirken, immobil ve organize görünümlü kitleler trombüsü düşündürmektedir. Bununla birlikte, ekokardiyografik bulgular her hastada kesin ayırım yapılmasına olanak sağlamamakta; bu nedenle klinik değerlendirme ve gerekli durumlarda yardımcı tanı yöntemleri önem kazanmaktadır (6).

Bizim olgumuzda, sol atriyumda büyük bir kitle saptandı. Kitlenin sapsız olması, hastanın klinik bulguları ve yaşı ile birlikte değerlendirildiğinde miksuma olasılığından uzaklaşıldı. Cerrahi müdahale tanı ve tedavi açısından en uygun yaklaşım olarak değerlendirilmesine rağmen, hasta girişimi kabul etmedi. Bu nedenle tedavi, klinik ve ekokardiyografik bulgular doğrultusunda en olası tanı göz önünde bulundurularak, antikoagülasyon tedavisi ve planlı seri ekokardiyografik izlem ile sürdürülmeye karar verildi.

*Etik

Hasta Onayı: Hastadan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: G.K., Konsept: M.U.Ç., Dizayn: G.K., Veri Toplama veya İşleme: Y.Ö., Analiz veya Yorumlama: Y.Ö., Literatür Arama: M.U.Ç., Yazan: M.U.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Herhangi bir kurum veya kuruluşun finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Schafer EA, Maldonado M, Iskander PA, Aloysius MM. An intracardiac atrioventricular vena caval mass: a case report. *Cureus*. 2023;15(9):e45928.
2. Poterucha TJ, Kochav J, O'Connor DS, Rosner GF. Cardiac tumors: clinical presentation, diagnosis, and management. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20(8):66.
3. Kurnick A, Akivis Y, Sabu J, John S. Echocardiographic evaluation of cardiac masses. *Curr Cardiol Rep*. 2023;25(10):1281-1290.
4. Joudar I, Nasri S, Kamaoui I, Skiker I. Cardiac computed tomography for cardiac masses: a necessity or a luxury? *J Int Med Res*. 2025;53(2):3000605241306604.
5. Lee JC, Habibian M. Multimodality imaging of cardiac masses. *J Nucl Cardiol*. 2022;29(6):3536.
6. Hamdan M, Alam B, Kossaify A. A polo ball in the right atrium, importance of echocardiographic characteristics of intracardiac myxomas: a case report. *J Med Case Rep*. 2023;17(1):403.